

Łódź, dnia .....r.

.....  
(imię i nazwisko doktoranta - DRUKOWANYMI)

.....  
(nazwa ulicy, nr domu, nr mieszkania - DRUKOWANYMI)

— — — — —  
(kod pocztowy)

.....  
(miasto - DRUKOWANYMI)

**Do Kierownika  
Studium Doktoranckiego  
ds. studiów doktoranckich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**P O D A N I E**

Zwracam się z prośbą o przedłużenie czasu trwania studiów doktoranckich do dnia  
.....r.

Prośbę swoją uzasadniam\*:

1. czasową niezdolnością do odbywania tych studiów spowodowana chorobą\*\*;
2. sprawowaniem osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny\*\*;
3. sprawowaniem opieki nad dzieckiem do 4 roku życia lub dzieckiem o orzeczonej niepełnosprawności\*\*;
4. koniecznością prowadzenia długotrwałych badań naukowych;
5. przebywaniem w trakcie trwania studiów na urlopie macierzyńskim\*\*

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....  
(podpis doktoranta)

Opinia opiekuna naukowego/promotora:

.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć  
opiekuna naukowego/promotora)

**DECYZJA KIEROWNIKA STUDIUM DOKTORANCKIEGO**

1. Wyrażam zgodę na przedłużenie czasu trwania studiów doktoranckich do dnia..... roku;
2. Nie wyrażam zgody na przedłużenie czasu trwania studiów doktoranckich.

.....  
(podpis i pieczęć  
Kierownika Studium Doktoranckiego  
ds. studiów doktoranckich)

\* odpowiednie podkreślić

\*\* konieczne jest załączenie do wniosku załącznika w formie np. zaświadczenie lekarskiego, aktu urodzenia dziecka